THESE

DO DOUTOR

FRANCISCO PIRES MACHADO PORTELLA.

THESE

APRESENTADA

Á FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

EM 9 DE OUTUBRO DE 1864

E SUSTENTADA

Pelo Dr. Francisco Pires Machado Portella,

NATURAL DE PERNAMBUCO,

FORMADO EM MEDICINA PELA FACULDADE DE PARIZ,

AFIM DE PODER EXERCER SUA PROFISSÃO NO IMPERIO DO BRASIL.

BAHIA

TYPOGRAPHIA DE CAMILLO DE LELLIS MASSON & C.

Rua de Santa Barbara n. 2,

1864

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA.

DIRECTOR

O Ex.mo Sr. Conselheiro Dr. João Baptista dos Anjos.

VICE-DIRECTOR.

O EXM.mo SR. CONSELHEIRO DR. VICENTE FERREIRA DE MAGALHÃES.

LENTES PROPRIETARIOS.

1.º ANNO.

OS SRS. DOUTORES:	MATERIAS QUE LECCIONAM.
Cons. Vicente Ferreira de Magalhães	Physica em geral, e particularmente em suas applicações á Medicina.
Francisco Rodrigues da Silva	Chimica e Mineralogia.
Adriano Alves de Lima Gordilho	Anatomia descriptiva.
2.º ANNO.	
Antonio Mariano do Bomfim	Botanica e Zoologia.
Antonio de Cerqueira Pinto	Chimica organica.
. . . .	Physiologia.
Adriano Alves de Lima Gordilho	Repetição de Anatomia descriptiva.
3.º ANNO.	
. . . .	Continuação de Physiologia.
Elias José Pedrosa	Anatomia geral e pathologica.
José de Goes Siqueira	Pathologia geral.
4.º ANNO.	
Cons. Manoel Ladisláu Aranha Dantas	Pathologia externa.
Alexandre José de Queiroz	Pathologia interna.
Mathias Moreira Sampaio	Partos, molestias de mulheres pejadas, e de meninos recem-nascidos.
5.º ANNO.	
Alexandre José de Queiroz	Continuação de Pathologia interna.
José Antonio de Freitas	Anatomia topographica, medicina operatoria, e apparelhos.
Joaquim Antonio de Oliveira Botelho	Materia medica, e therapeutica.
6.º ANNO.	
Domingos Rodrigues Seixas	Hygiene, e historia de medicina.
Salustiano Ferreira Souto	Medicina legal.
Antonio José Ozorio	Pharmacia.
Antonio José Alves	Clinica externa do 3.º e 4.º anno.
Antonio Januario de Faria	Clinica interna do 5.º e 6.º anno.

OPPOSITORES.

José Affonso de Moura	Secção Cirurgica.
Augusto Gonçalves Martins	Secção Cirurgica.
Domingos Carlos da Silva	Secção Cirurgica.
. . . .	Secção Cirurgica.
. . . .	Secção Cirurgica.
Ignacio José da Cunha	Secção Accessoria.
Pedro Ribeiro de Araujo	Secção Accessoria.
Rosendo Aprigio Pereira Guimarães	Secção Accessoria.
José Ignacio de Barros Pimentel	Secção Accessoria.
Virgilio Climaco Damasio	Secção Accessoria.
Antonio Alvares da Silva	Secção Medica.
Demetrio Cyriaco Tourinho	Secção Medica.
Luiz Alvares dos Santos	Secção Medica.
João Pedro da Cunha Valle	Secção Medica.
Jeronymo Sodré Pereira	Secção Medica.

SECRETARIO INTERINO.

O Sr. Dr. Thomaz de Aquino Gaspar.

OFFICIAL DA SECRETARIA.

O Sr. Dr. José Theotonio Martins.

A Faculdade não approva, nem reprova as ideias enunciadas n'esta These.

DISSERTAÇÃO

SOBRE

A RESECÇÃO DO COTOVÊLO.

Uma operação que tem por fim remediar molestias as mais graves do systema osseo sem exigir o sacrificio de um membro, pertencendo pois á essa parte da cirurgia dita conservadora, de tanta utilidade e importancia a reputamos, que, tendo ja varios auctores escripto sobre ella, não julgamos inutil escolhel-a para assumpto de uma dissertação.

Não é de nosso intento expôr n'este pequeno trabalho tudo o que diz respeito á resecção do cotovêlo; o assumpto é muito vasto, e o tempo de que dispomos não permitte tratal-o extensamente.

Esboço historico. A ideia de resecção do cotovêlo appareceo mui tarde na cirurgia. Hippocratis aconselhava a resecção na continuidade de alguns ossos em casos de fracturas com ferida que não podião ser reduzidas.

Celso deo maior incremento á pratica do pai da medicina praticando resecções em alguns casos pathologicos.

Foi porém somente no seculo decimo oitavo, que a resecção do cotovêlo tomou domicilio na cirurgia, e como que por um acaso, Wainman, cirurgião inglez, vendo-se na impossibilidade de reduzir uma luxação do cotovêlo complicada de saliencia da extremidade inferior do humerus, propõe a amputação do braço; ao que o doente nega-se. Wainman, dotado de inspirações cirurgicas, pratica a resecção da extremidade de humerus, e sua tentativa foi coroada de resultado feliz.

Park, cirurgião de Liverpool, presenciando o bom resultado obtido por seu compatriota, experimenta sobre o cadaver, regularisa o processo operatorio, e decide executal-o em casos de alterações espontaneas da articulação humero-

cubital. Foi porém precedido por Moreau (de Bar), que teve de praticar varias resecções da mesma articulação no anno de 1797.

Desde então a resecção do cotovêlo parecia dever ser considerada operação classica, apesar da opposição que as observações de Moreau soffrerão de Chaussier e de toda academia de medicina, resultando que fôra quasi esquecido até 1830, epocha em que Syme conseguio resuscital-a.

Actualmente é operação bastante praticada na Europa, menos em França que na Allemanha e na Inglaterra: N'esta ultima nação, tanta confiança e enthusiasmo tem inspirado a resecção do cotovêlo, que é praticada em casos de simples ankilose da articulação.

Entre os trabalhos mais notaveis sobre o assumpto de que nos occupamos vemos os seguintes, que mencionamos desde já para evitar citações.

Roux—These de concours de 1812.

Thore—These de Paris de 1843.

Trélat—Bulletins de lo société de chirurgie de l'année de 1862.

Gazette Hebdomadaire, n.º 5.º Janvier de 1858; contenant les résultats de résé́ctions pratiqués par Stromeyer, Lengoubek e Esmark.

Mac-Leod.; guerre de Crimée.

Lesões que reclamão a resecção do cotovêlo. São mui differentes, e para expol-as com ordem as dividiremos em lesões traumaticas, e espontaneas.

As lesões traumaticas comprehendem fracturas e luxações complicadas de saliencia de uma das extremidades, que compoem a articulação, sendo impossivel reduzil-as pelos meios classicos. Em casos de reducção facil, muitos cirurgiões, principalmente inglezes, preferem praticar a secção do que confiar nos esforços da natureza afim de obstar uma ankilose.

Em pessoas jovens, tem-se observado casos de fracturas e luxações complicadas, ao mesmo tempo que a epiphyse inferior do humerus separa-se e fica conservando suas relações normaes. Exemplos do que acabamos de dizer podem ser lidos na these do Sr. Thore.

Em seguimento as lesões precedentes observão-se as diversas feridas por armas de fogo. Toda especie de ferida penetrante da articulação, resultando de golpe de espada e outros instrumentos que não tenhão lesado a parte anterior da articulação, merecem a resecção, segundo Esmasch e Langenbeck.

Á primeira vista parece mui temerario praticar semelhante operação em casos de simples feridas penetrantes.—É preciso porém ter em consideração as más condições em que achão-se a maior parte dos feridos na guerra, dos

quaes a immobilidade do membro, tão indispensavel á cura das chagas penetrantes, obtem-se mui difficilmente.

De todas as alterações que se desenvolvem espontaneamente na articulação do cotovêlo, a carie é a mais commum. Não accommette porém ella todos os ossos no mesmo grão. Segundo alguns auctores, de cujo numero é Key, o radius é primeira e mais profundamente alterado; mas, uma opinião contraria bem provada por Syme e o Sr. Thore, é que quasi sempre encontra-se o radius são ou pouco alterado, ao passo que a olecrana apresenta alterações mais adiantadas.

Uma observação interessante é que, em geral, as lesões não se propagão mui longe na profundidade dos ossos, de modo que resecando-se 2 á 3 centimetros de cada osso, tem-se tirado todo o mal.

A carie da articulação pode ser o resultado de inflamação causada por agentes externos, depender de uma ferida penetrante com ou sem desnudação dos ossos, ou ser manifestação de um estado geral, morbido como o escrofuloso.

As alterações que acabamos de descrever acompanhão-se de modificações nos tecidos em redor da articulação, taes como abcessos frios, que apparecem as mais das vezes no lado interno da olecrana. No entretanto tem-se visto, e o Sr. Thore cita exemplos, alterações profundas dos ossos sem manifestação exterior.

Circunstancias favoraveis e desfavoraveis á resecção do cotovêlo. Pretendem alguns auctores que a idade influe sobre o resultado final da operação, o qual será mais feliz nos adultos do que nas pessoas de menor idade; e dão como razão, que n'estas as alterações dos ossos começão pelo centro e propagão-se mais longe, ao passo que ficão mais superficiaes nos adultos. O que acabamos de dizer seria convincente se o resultado de algumas resecções praticadas em menores não demonstrasse o contrario. Syme, por exemplo, operou com resultado feliz: 2 meninos de 8 annos, 2 de 9, e 1 de 12.

Pouca influencia tem o sexo sobre a resecção, conservando porém as mulheres algumas vantagens por terem trabalhos manuaes menos penosos.

Uma circunstancia importante é o estado do doente. Uma compleição robusta, não minada pela doença offerece grandes vantagens para a resecção. Na verdade, a ferida resultante da operação necessita bastante tempo para a cicatrisação, pouco mais ou menos tres mezes. Durante este periodo, existe suppuração abundante, de modo que se a constituição do doente não poder resistir á perdas continuas, cahirá elle no marasmo, e terminará seos dias tuberculoso.

A existencia de tecidos fungosos, e de fistulas, não é contra indicação; a experiencia tem demonstrado, que uma vez os ossos doentes retirados, os tecidos voltão aos seos estados primitivos. Todavia, aconselha-se de retirar as partes fungosas durante a operação, quando isto é possivel.

Processo operatorio. Não descrevemos os differentes processos seguidos para a resecção do cotovêlo, Limitar-nos-hemos á um, devido ao Sr. Thore, discipulo de Roux, o qual acha-se descripto extensamente na these d'aquelle distincto cirurgião, e do qual infelizmente não tem dado menção os tratados de medicina operatoria mais seguidos, como sejão os dos Srs. Malgaigne e Alph. Guérin.

O processo de que fallamos assemelha-se ao de Roux; somente são inversas as direcções e situações das incisões.

Colloca o cirurgião o braço que deve ser operado sobre um plano resistente, n'uma ligeira flexão, e com um bisturi fixo e forte pratica uma incisão longitudinal na parte posterior da região do cotovêlo, começando-a á quatro dedos transversos na parte inferior do humerus, e prolongando-o da mesma quantidade á baixo da linha articular. Terminada esta incisão, que deve ser aprofundada até os ossos, o operador pratica uma segunda de menor extensão, que partindo do bordo externo da articulação, encontre a primeira perpendicularmente á sua parte media. Esta segundo incisão corresponde pouco mais ou menos á articulação do radius com o humerus, de modo que praticando-a abre-se quasi sempre a articulação.

Quando existem fistulas, as incisões passão por ella, caso achem-se no trajecto do bistouri; se porém estivessem arredadas, o operador não se preoccupará, pois que fechar-se-hão mui facilmente.

O operador disseca os dous retalhos triangulares que resultão das incisões, tendo o cuidado de approximar-se o mais possivel dos ossos, e mesmo de conservar o periostes caso não esteja alterado; feito o que, tem-se uma chaga de forma triangular, cuja base occupa o plano posterior da articulação.

O osso que costuma-se resecar em primeiro lugar é o radius, o que faz-se passando por baixo d'elle a sonda de Blandin sobre a qual se serra, ou servindo-se da serra de cadeias.

Procede-se em segundo lugar á secção de humerus da maneira seguinte: Dissecão-se os tecidos que occupão a parte postero-interna da articulação fazendo attenção ao nervo cubital que acha-se n'esta região, o qual nem mesmo é visto quando observa-se o preceito de dissecar sobre os ossos. Cortão-se algumas presilhas fibrosas que reteem o humerus ao cubitus, augmenta-se a

flexão do membro de modo que o humerus faça saliencia e possa ser facilmente serrado com uma serra ordinaria, tendo porém o operador o cuidado de evitar lesões dos tecidos visinhos por meio de uma compressa.

A extremidade do cubitus é facilmente reseccada.

Prosigamos agora sobre alguns pontos interessantes da operação.

Que quantidade de osso pode ser reseccada? Varia segundo a profundidade das alterações, desde a carie superficial até as extensas lesões traumaticas.

Para fixarmos um limite maximo, citaremos as palavras do Mr. Trélat— « Mr. Verneuil a réséqué 8 centimétres d'humerus et 3 centimétres du cubitus et radius; Mr. Michaux, 7 contimétres d'humerus, 7 centimétres de cubitus et 25 millimetres du radius; Mr. Lala, 8 centimétres d'humerus, et 6 centimétres de deux os de l'avant bras.

On peut donc, sans rien compromettre, enlever 14 á 15 centimétres des deux os. Ces trois opérés ont guéri »

Pode julgar-se, que cortando as inserções dos musculos, a operação tenha máo resultado: semelhante cousa não succede, e á este respeito citamos ainda a poderosa opinião do Sr. Trélat. « Non, ce n'est pas parce qu'on aura coupé les insertions du brachial anterieur et du biceps, que l'opération échouera; nous avons vu que notre confrère Mr. Lala avait été entrainé à faire ce sacrifice sans inconvénient pour son malade. »

Fiquemos pois convencidos, de que em casos de grande necessidade não deve-se hesitar em resecar uma grande porção de ossos, ainda que fiquem cortadas as inserções musculares.

Será perniciosa a divisão involuntaria do nervo cubital? Julgamos que não, attentas as observações de Roux, de Syme, e os recentes trabalhos de Philipeaux e Vulpian sobre a regeneração dos nervos, os quaes teem provado, que as extremidades d'elles não tardão em reunir-se, e que as funcções restabelecem-se no fim de pouco tempo.

Em alguns casos, posto que os operadores tivessem a certeza de não haver lesado o nervo cubital, e resecassem pequena quantidade de ossos, tem-se observado paralysia do membro, persistente durante algum tempo. Segundo o Sr. Trélat esta paralysia é devida a atrophia muscular, tão frequente nos tumores brancos dos membros. O Sr. Verneuil dá a mesma explicação.

A posição que deve dar-se ao membro depois da operação, é a de uma ligeira flexão (angulo de 140º).

Praticar-se-ha alguns pontos de sutura metallica afim de diminuir a extensão da ferida, ficando somente uma abertura no encontro das duas incisões para dar sahida ao puz.

Vimos o Sr. Desormeaux introduzir n'esta pequena abertura a extremidade de um tubo de esgoto, pelo qual o pus sahia mui facilmente.

Collocar-se-ha o membro n'uma goteira macia, e o curativo será feito com fios imbebidos d'agoa fria. É este o curativo que vimos empregar varias vezes pelo Sr. Desormeaux e Robert. Os cirurgiões allemães chegão mesmo a empregar o gêlo, e a confiança que teem é tal, que Esmasch relatando cinco casos de morte sobre 40 operados, os attribue á não ter-se empregado gêlo. Crêmos porém que o tratamento local deve variar segundo a constituição do doente e o clima que habita.

O resultado mais desejado em seguimento a cicatrisação da ferida é a formação de uma falsa articulação. Comprehende-se que assim seja, visto que a mobilidade é o caracter principal do membro superior. Em certos casos porém, além de uma vasta resecção, obtem-se como resultado uma ankilose a qual tem sido explicada de differentes modos. Stromeyer sustenta, contrariamente á Esmasch, que a formação da ankilose depende do tratamento consecutivo adoptado pelo cirurgião.

É curioso porém vêr-se que as resecções por causa traumatica curão quasi sempre com uma ankilose, ao passo que as praticadas por lesões espontaneas offerecem falsas articulações.

De 40 casas de resecções traumaticas citadas por Esmarch, 13 tiverão uma ankilose mais ou menos completa, 9 uma mobilidade notavel, e 8 somente podião executar movimentos extensos.

O Sr. Trélat, querendo explicar esta differença entre as resecções traumaticas e pathologicas, pensa, que n'estas, a synovial e o periosto alterados ou destruidos, são impotentes para a formação de um callo, ao passo que n'aquellas existem condições contrarias.

Á medida que a ferida cicatrisa é util fazer approximarem as duas superficies osseas imprimindo um pequeno movimento ao ante-braço.

Logo que toda suppuração tenha cessado, far-se-ha executar pequenos movimentos do membro, e ao mesmo tempo tomará o doente alguns banhos sulfurosos e jorros de vapor sobre a articulação.

Em dous operados, observamos que enrolando-se-lhes uma tira de panno desde o punho até o meio do braço, podião elles executar movimentos de flexão mais extensos: é pois um bom auxilio, que não desprezaremos quando apresentar-se occasião.

No maior numero de casos os movimentos do membro executão-se; a flexão, pela contracção do biceps, e a extensão pelo peso do ante-braço. É por

isso que a conservação da inserção do biceps é mais importante do que a do triceps.

O que respeita á utilidade de um membro no qual praticou-se a resecção, é variavel. No menor numero achão-se doentes, cujo membro dotado de movimentos mui limitados, é de pouca utilidade para qualquer profissão: no entretanto ninguem trocará semelhante resultado com um ante-braço e mão artificiaes. Alguns doentes podem servir-se do membro operado de modo admiravel. O Sr. Trelat cita um doente do Sr. Michaux, que podia carregar baldes d'agoa e puxar por um pequeno carro contendo o peso de 500 libras.

Si compararmos o resultado estatistico da mortalidade da amputação do braço com o da resecção do cotovêlo, veremos o seguinte:

—Estatistica do Sr. Thore.—Resecções por causa pathologica 88; das quaes 20 mortos, o que faz 22,7 %.

No mesmo tempo que o Sr. Thore, dava o Sr. Malgaigne 33,9 % como mortalidade por amputação do braço em casos pathologicos (archives de medecine, 1842.)

Como a estatistica do Sr. Malgaigne fosse considerada pouco exacta pelos dados em que baseava-se seu auctor; temos mais confiança na seguinte:

Estatistica do Sr. Trelat; 21 resecções praticadas por causas pathologicas n'estes dous ultimos annos em Pariz, derão 7 mortos ou 33,3 %.

54 amputações pathologicas do braço derão 17 mortos, ou 31,4 %.

Assim pois:

Resecção—1 morto sobre 3 operados.

Amputação—1 morto sobre 3, 1 operado.

Pode-se colligir dos algarismos precedentes, que em casos pathologicos o resultado é quasi o mesmo quer pratique-se a amputação ou a resecção; ficando porém a esta a vantagem de conservar o ante-braço e a mão.

É comparando os casos traumaticos que encontra-se grande differença em favor da resecção.

O Sr. Thore cita 14 casos, dos quaes 2 mortos.

O Sr. Esmarch deu relação de 40 resecções praticadas por differentes cirurgiões; fallecerão 6. Mac-Leod perdeu 2 doentes sobre 17 operados.

Fazendo a somma vê-se, que sobre 71 resecções houverão 10 mortos, ou 1 morto sobre 7, 1 operado.

Segundo o Sr. Malgaigne, 30 amputações traumaticas derão 17 mortos, isto é, mais de a metade.

O Sr. Trélat dá os mesmos algarismos.

Assim pois:

Resecção—1 morto sobre 7, 1 operado.

Amputação—1 morto sobre menos de 2 operados.

Differença tão grande não necessita de commentarios, e prova sufficientemente a superioridade da resecção do cotovêlo.

HYPPOCRATIS APHORISMI.

Sect. 1., aph. 1.

Vita brevis, ars longa, occasio præceps, experientia fallax, judicium difficile. Oportet autem non modo seipsum exhibere quæ oportet facientem, sed etiam ægros, et presentes, et externa.

Sect. 2., aph. 7.

Quæ longo tempore extenuantur corpora, lenté reficere oportet, quæ brevi celeriter.

Sect. 6., aph. 53.

Deliria, cum risu quidem accedentia, securiora; cum studio vero, periculo-siosa.

Sect. 7., aph. 1.

In morbis acutis extremarun partium frigus, malun,

Bahia—Typ. de Camillo de Lellis Masson & C.—1864.